

第4号様式(第6条関係)

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者 住所 _____

氏名 _____

受給者との続柄 ()

電話 () - _____

次のとおり医療費支給を申請します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	保険証の番号		
	住所			被保険者名		
	氏名			保険者名		
	生年月日	年 月 日		付加給付状況	有 ・ 無	
医療機関	所在地 名称					
医療費総額	円					
申請額	円					
口座振込希望の金融機関等	(銀行等コード) (銀行名等) 銀行・信用金庫 農業協同組合			預金種類	普通・当座	
				口座番号		
	(支店等コード) (支店名等) 本店・支店 出張所・支所			(フリガナ) 口座名義		
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 受給者証不携帯での受診 <input type="checkbox"/> 受給者証非取扱機関での受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他					
① 医療費総額	② 結核、精神等による公費負担額	③ 自己負担割合	④ 自己負担額 ①-②×③	⑤ 高額療養費	⑥ 家族療養付加金	⑦ 支給決定額 (④-⑤-⑥)
円	円	割	円	円	円	円